

**Prénom - Nom :** .....

Adresse : .....

CP – Commune : .....

Téléphone : .....

À l'attention du Service Gestion

**MUTLOR – Les Mutuelles de Lorraine**  
11 rue du Colonel Merlin  
CS21415  
54414 LONGWY CEDEX

Fait à ....., le .....

**Lettre recommandée avec accusé de réception**

**Objet : Renonciation au contrat de complémentaire santé**

Numéro adhérent : .....

Madame, Monsieur,

Je vous informe par la présente de ma volonté de renoncer au contrat de complémentaire santé n°....., souscrit le ....., dans le cadre de Article L221-18-1 du Code de la Mutualité .

Je vous prie de procéder au remboursement intégral des sommes versées sur ce contrat dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ce courrier.

Dans l'attente de votre retour, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Signature